

General Relief (GR) Program Guide (PG) Letter #69

February 29, 2012

Subject **GR EMPLOYABILITY EVALUATION (GREE) CLARIFICATION AND UPDATE, \$40 MEDICAL IN-KIND EXEMPTION, LOW-INCOME HEALTH PROGRAM (LIHP) IMPLEMENTATION FOR GR RECIPIENTS, AND COUNTY MEDICAL SERVICES (CMS) DISCONTINUANCES**

Effective

- March 1, 2012 for LIHP implementation; and
- Upon receipt for remainder of letter.

Reference

- County Policy
- GR Memo 11-02
- County Medical Services (CMS) PG Special Notice (SN) 12-03

Purpose The purpose of this Letter is to provide:

- clarification regarding GREE;
- the new location for GREEs for Imperial Beach Community Clinic;
- an additional exemption to the \$40 Medical In-Kind;
- instructions for implementing LIHP eligibility for GR recipients; and
- instructions to discontinue CMS.

Background GREE allows applicants/recipients, who do not have a medical provider, or cannot otherwise obtain medical documentation of their inability to complete the Work Project to get such medical documentation.

GR recipients who are linked to Medi-Cal due to age (under age 21 or age 65 or older) or who are receiving Medi-Cal are exempt from having the \$40 Medical In-Kind counted against their grant.

The Coverage Initiative (CI) program was San Diego County's 1115 Medicaid waiver program through June 30, 2011. On July 1, 2011, the CI program expired and new regulations went into effect for LIHP. LIHP is a 50% federally-funded Medicaid waiver program which covers a core set of physical and mental health services for eligible indigent adults. LIHP will end on December 31, 2013.

CMS did not previously allow for discontinuances before the end of the

certification period.

Highlighted Changes

Clarification on the policy regarding how to treat applicants/recipients showing up for an appointment for another issue (paid for by County Medical Services [CMS]) and then giving the doctor form CSF 24 and requesting a GREE.

If an applicant/recipient has CMS/LIHP coverage and their provider is ...	Then they ...
a GREE provider,	can go to their provider to have the evaluation completed.
not a GREE provider,	must go to a GREE provider if they want the County to pay for the employability evaluation.

Imperial Beach Community Health has moved the location for GREEs. The new location is about 2 miles from the current clinic location.

GR recipients who have full medical coverage (for example, from the Veterans' Administration [VA]), and choose not to receive CMS/LIHP coverage will be eligible for the Medical In-Kind exemption.

GR recipients who meet LIHP eligibility requirements will be placed in that program instead of CMS.

When a GR case is closed prior to their GR certification period ending, the GR recipient is no longer categorically eligible to CMS and the CMS case must be discontinued to coincide with the GR discontinuance date.

GREE Referrals

If an applicant's/recipient's CMS/LIHP provider is also a GREE provider, the provider may complete the evaluation. If the CMS/LIHP provider is not a GREE provider, the worker must inform the applicant/recipient that if they want the County to pay for the evaluation, they must go to a GREE provider.

Imperial Beach Community Health

The new location for GREEs for Imperial Beach Community Health is:
Nestor Community Clinic
1016 Outer Road
San Diego, CA 92154

Medical In-Kind Exception	Individuals who have full medical coverage and choose not to receive CMS/LIHP are exempt from the \$40 Medical In-Kind. See Automation Impact, below, for instructions for providing the full grant pending a revision to CalWIN that is included in Release 29 scheduled for March 12, 2012. Instructions are also included for after the release.						
Continuing County Medical Services (CMS)	GR recipients who are non-citizens and have been in the United States for less than 5 years, and who do not meet the exceptions for the 5-year residency requirement, will remain in the CMS program. For United States Citizens and non-citizens who meet the exceptions as noted in "Exceptions to Five-Year Residency Requirement," below, see the LIHP information, below.						
Ongoing Cases	Active GR recipients who appear to be eligible for LIHP will be evaluated for LIHP and transferred from CMS to LIHP by Health Coverage Access (HCA) staff.						
Pending Cases and New Applications	For cases that are pending as of March 1, 2012 and all new applications received on or after March 1, 2012, the worker must follow the instructions below to determine if the applicant/recipient will be in LIHP or CMS.						
LIHP Eligibility	<p>LIHP eligibility criteria include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Age 19 through 64 years; • Resident of San Diego County; • U.S. citizen or a qualified alien with at least 5 years of residency, exceptions are noted below; • Not linked or eligible to full-scope Medi-Cal; and • Income at or below 133% of the federal poverty level (FPL). 						
LIHP Screening	Workers must follow the same screening process as for CMS.						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>If the ...</th><th>Then the worker must ...</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>applicant/recipient appears to be eligible for Medi-Cal,</td><td>refer the applicant/recipient to apply for Medi-Cal.</td></tr> <tr> <td>Medi-Cal application is pending,</td><td>verify that the applicant/recipient has fully complied with the Medi-Cal application process and approve for LIHP, if otherwise eligible.</td></tr> </tbody> </table>	If the ...	Then the worker must ...	applicant/recipient appears to be eligible for Medi-Cal,	refer the applicant/recipient to apply for Medi-Cal.	Medi-Cal application is pending,	verify that the applicant/recipient has fully complied with the Medi-Cal application process and approve for LIHP, if otherwise eligible.
If the ...	Then the worker must ...						
applicant/recipient appears to be eligible for Medi-Cal,	refer the applicant/recipient to apply for Medi-Cal.						
Medi-Cal application is pending,	verify that the applicant/recipient has fully complied with the Medi-Cal application process and approve for LIHP, if otherwise eligible.						

**LIHP
Application
Processing**

GR workers will complete the application for LIHP in the CMS IT System (see [Automation Impact](#)). Forms supporting LIHP eligibility must be imaged to the CMS IT System (see [Forms Impact](#)).

The LIHP application as described below will be completed at the same time as the GR Intake is completed in CalWIN.

If GR is denied at Preapplication or Intake, the worker or designated LIHP worker must continue to evaluate for LIHP.

**Citizenship/
Identity
Verification
Requirement**

Workers must verify that Deficit Reduction Act (DRA) citizenship/identity requirements have been met. GR recipients who have not met the DRA citizenship/identity requirements may be approved LIHP benefits during the Reasonable Opportunity Period (ROP), not to exceed their ROP as described below.

Step	Action							
1	Review the CMS IT System case file to verify if form DHCS 0011 is on file for citizenship and identity documentation. <table border="1"><thead><tr><th>If ...</th><th>Then ...</th></tr></thead><tbody><tr><td>yes,</td><td><ul style="list-style-type: none">• The individual has met the DRA citizenship/identification requirement; and• Evaluate for LIHP.</td></tr><tr><td>no,</td><td>Proceed to Step 2.</td></tr></tbody></table>		If ...	Then ...	yes,	<ul style="list-style-type: none">• The individual has met the DRA citizenship/identification requirement; and• Evaluate for LIHP.	no,	Proceed to Step 2.
If ...	Then ...							
yes,	<ul style="list-style-type: none">• The individual has met the DRA citizenship/identification requirement; and• Evaluate for LIHP.							
no,	Proceed to Step 2.							
2	Review Medi-Cal Eligibility Determination System (MEDS) to determine if the individual has an appropriate citizenship/identity code. <table border="1"><thead><tr><th>If ...</th><th>Then ...</th></tr></thead><tbody><tr><td>yes,</td><td><ul style="list-style-type: none">• The individual has met the DRA citizenship/identification requirement; and• Evaluate for LIHP.</td></tr><tr><td>no,</td><td>Proceed to Step 3.</td></tr></tbody></table>		If ...	Then ...	yes,	<ul style="list-style-type: none">• The individual has met the DRA citizenship/identification requirement; and• Evaluate for LIHP.	no,	Proceed to Step 3.
If ...	Then ...							
yes,	<ul style="list-style-type: none">• The individual has met the DRA citizenship/identification requirement; and• Evaluate for LIHP.							
no,	Proceed to Step 3.							
3	Review DoReS to verify if form DHCS 0011 or other citizenship/identity verifications are on file. <table border="1"><thead><tr><th>If ...</th><th>Then ...</th></tr></thead><tbody><tr><td>yes,</td><td><ul style="list-style-type: none">• The individual has met the DRA</td></tr></tbody></table>		If ...	Then ...	yes,	<ul style="list-style-type: none">• The individual has met the DRA		
If ...	Then ...							
yes,	<ul style="list-style-type: none">• The individual has met the DRA							

		citizenship/identification requirement; and • Evaluate for LIHP.
	no,	Proceed to Step 4.
4	Approve the individual as LIHP for the ROP timeframe.	

Reasonable Opportunity Period (ROP)

A ROP is established to allow an applicant/recipient a reasonable time to be able to obtain citizenship verification. When establishing the ROP, the worker must follow the actions in the table below.

Step	Action
1	Establish the ROP.
2	Inform the applicant/recipient that acceptable verification of citizenship will be required by the end of the ROP.
3	Approve benefits for a period not to exceed the ROP.

Note: Once a case has been granted LIHP with an ROP, LIHP benefits cannot be recertified until satisfactory documentation of U.S. citizenship and/or identity has been obtained. Verifications are scanned into the CMS IT System and DoReS. Workers must view the CMS IT System and DoReS for receipt of verifications.

Qualified Alien Verification Requirement

Workers must verify Qualified Alien status and entry date before granting LIHP. Most qualified aliens must have a minimum of 5 years residency. Exceptions to the five-year residency requirement are listed below.

Exemptions to Five-Year Residency Requirement

The following qualified aliens are exempt from the five-year residency requirement:

- Refugees;
- Asylees;
- Cuban and Haitian Entrants;
- Victims of a severe form of trafficking;
- Aliens whose deportation is being withheld;
- Qualified aliens who also are an honorably discharged veteran, or the spouse (including a surviving spouse who has not remarried), or unmarried dependent child of an honorably discharged veteran of the U.S. military;
- Aliens admitted to the country as an Amerasian immigrant;
- Legal permanent residents (LPR) who first entered the country under another exempt category (for example, as a refugee, asylee, etc.)

- and who later converted to LPR status;
- Members of a federally recognized Indian tribe, as defined in 25 USC 450b(e); and
 - American Indians born in Canada to whom section 289 of the Immigration and Nationality Act (INA) applies.
-

Certification Period	LIHP will be certified for up to 12 months no matter which GR component the applicant/recipient is eligible for. Beginning in January 2013, the certification period will be for the period through December 2013.
CMS Dis-continuances	When the GR case closes before the end of the certification period (for example, the client fails to return the CW 7), the CMS case must also be discontinued to coincide with the discontinuance date for GR. The worker must notify the CMS Automation Program Specialist to discontinue.
Automation Impact	<p>CalWIN</p> <p>Until implementation of SR294829 (included in Release 29), workers must request a bottom-line override to get the full benefits issued to a client with full medical coverage who chooses not to receive CMS/LIHP benefits.</p> <p>After Release 29 is implemented, the worker will enter 'Y' for "Individual has applied for County MC Aid" in the Collect Individual Compliance Detail window. This will allow the exemption to \$40 Medical In-Kind to be applied for these individuals.</p> <p>CMS IT System</p> <p>The CMS IT System will be updated at a future date to incorporate current GR log-in IDs to evaluate LIHP applications for GR applicants/recipients. Until this has been released, GR workers will have two log in IDs; one for CMS and the other for LIHP. GR workers must complete the entire application in the CMS IT System for LIHP eligible applicants/recipients.</p>
Forms Impact	The shelf stock version of form 11-40 HHSA has been uploaded into Xerox. CalWIN will be updated as soon as possible. Staff may use the current stock of the 11-40 HHSA until depleted. If the client will be going to Nestor Community Clinic, then provide the correct address. A new supply can be ordered when depleted.

The forms in the table below are in the CMS IT System. These forms must be printed, signed, and imaged into the CMS IT System for LIHP eligible GR applicants/recipients.

Form #	Title	Attachment
MC 210	Medi-Cal application signature page	
LIHP 15	LIHP Rights and Responsibilities	A
LIHP 19	Grievance and Appeal Rights	B
LIHP 23	Coverage Information	C
NPP-002	LIHP Health Plan Notice of Privacy Practices signature page	D

ACCESS Impact	No impact.
Imaging Impact	Forms identified in Forms Impact must be imaged to the CMS IT System.
Other Program Impact	No impact.
Quality Assurance Impact	Effective with the March 2012 review month, Quality Assurance will cite with the appropriate error any case that does not follow the requirements of this Letter.
Summary of Changes	The table below shows the changes to the GRPG.

Section	Changes
90-250.2	Updated information regarding GREE and CMS clinics.
90-250.3	Updated information regarding GREE and CMS clinics.
93-250.4	Updated information regarding GREE and CMS clinics.
90-250.5	Updated information regarding GREE and CMS clinics.
90-250.6	Updated information regarding GREE and CMS clinics.
90-250.7	Updated information regarding CMS due to LIHP implementation.

<u>90-250.8</u>	Updated section for LIHP implementation.
<u>90-250 Appendix C</u>	Updated clinic listing.
<u>90-250 Appendix D</u>	Updated example of 11-40 HHSA.
<u>90-250 Appendix G</u>	Updated Appendix to show the current version of the 11-28 HHSA.
<u>90-400.5</u>	Updated Medical In-Kind exemptions.

Manager Approval

ORIGINAL SIGNED BY KIM FORRESTER FOR:

Sylvia Melena, Assistant Deputy Director
Self-Sufficiency County Programs
Strategic Planning and Operational Support

DH



LOW INCOME HEALTH PROGRAM

RIGHTS AND RESPONSIBILITIES OF APPLICANTS

I am applying for the Low Income Health Program (LIHP) from the County of San Diego for myself or for _____.

I fully understand I have the following Rights and Responsibilities as part of my application for, and receipt of LIHP.

RIGHTS - I HAVE THE RIGHT TO:

1. Apply for LIHP and to be told **IN WRITING** whether or not I qualify.
2. Be notified of an action taken to discontinue my LIHP eligibility at least ten days prior to the first of the month in which the action becomes effective.
3. Request an appeal if I do not agree with the LIHP eligibility decision(s), or LIHP denial of health services. I must request the review within the timeframe stated on my notice.
4. File a grievance if I am dissatisfied about other matters, as described in the LIHP "Your Grievance and Appeal Rights" document. I must request the grievance within the timeframe stated on the LIHP "Your Grievance and Appeal Rights" document.
5. Talk to LIHP staff that can help me with my questions, problems, complaints, and or file a grievance.
6. Be treated fairly and equally whatever my race, color, religion, national origin, sex, age or political beliefs.
7. Free language, visual and hearing impairment assistance.
8. Privacy and to have all information that I give to the LIHP kept in confidence, except as required or allowed by law.
9. Choose my medical provider and Primary Care Physician within the limits of the program.
10. Reasonable access to health care services through the LIHP.
11. Be treated with courtesy and respect, to receive clear explanations of my health problems and to participate in decisions about treatment of my health problems.
12. Request or refuse medical treatment.
13. Request a second opinion if I do not agree with the medical care or the treatment plan prescribed for me by my medical care provider.
14. Information about the right to have an Advance Health Care Directive. If I already have one and wish to bring a copy, my provider will add it in my medical record.

RESPONSIBILITIES - I HAVE THE RESPONSIBILITY TO:

1. Give accurate information to the LIHP Representative.
2. Report to the LIHP Representative any changes that occur within 10 days of the change by calling 1-888-553-5552. These changes include, but are not limited to, the following:
 - ✓ My income or a family member's income from any source changes, or our employment situation changes.
 - ✓ I plan to move or change my mailing address.
 - ✓ A family member moves in or out of my home.
 - ✓ I receive, transfer, give away or sell any item of real or personal property.
 - ✓ I or a member of my family become pregnant or become so physically or mentally ill that we cannot work.
 - ✓ I or a member of my family apply for or become eligible to financial benefits from a State, County or Federal Program. Examples include, but not limited to, Social Security benefits, Veterans Administration benefits, CalWORKs, or Disability Compensation.
 - ✓ I have filed an appeal with the Social Security Administration relating to the denial of my disability benefits.
3. Report to the LIHP Representative and use any health care coverage, including insurance, I carry or am entitled to use.



LOW INCOME HEALTH PROGRAM

RIGHTS AND RESPONSIBILITIES OF APPLICANTS

4. Report to the LIHP Representative when LIHP has provided or will provide health care services for an accident or injury which may be covered by 1) my own insurance company or 2) from a third party when I file a lawsuit or lawsuit is filed on my behalf, and the action results in a judgment awarded to me.
5. Repay LIHP from third party recovery, including lawsuits.
6. Calling my primary care provider for medical advice FIRST, except in an emergency.
7. Arriving on time for my scheduled appointments.
8. Letting my medical care providers know if I do not understand my treatment plan or what is expected of me, and if I agree to the treatment recommendations, following my medical care providers' instructions.
9. Giving accurate and complete information about my present condition and past illnesses to my medical care providers.
10. Treating providers and LIHP staff with respect and dignity.
11. Cooperate with doctors and nurses in receiving LIHP health services. This includes receiving all health services through the LIHP authorized medical provider, keeping doctor's appointments, and following all treatment plans and instructions given to me by my health care provider.

UNDERSTAND - I FULLY UNDERSTAND THAT:

1. Enrollment discrimination and disenrollment discrimination is prohibited.
2. The effective date of an approved disenrollment must be no later than the first day of the second month following the month in which I make the request.
3. If I am potentially eligible for Medi-Cal, I must apply for and fully cooperate with the Medi-Cal process for full scope coverage, and accept coverage if eligible. Failure to do so may result in loss of current or future LIHP eligibility.
4. Failure to provide necessary information, report changes promptly, or deliberately giving false information can result in denial or overpayment of LIHP benefits and I may be prosecuted for fraud. I may also be responsible to repay LIHP for benefits I received for which I was not eligible.
5. The facts I give may be checked against facts given by employers, banks, SSA, Franchise Tax Board, welfare, and other agencies. I will have the right to give proof to correct any facts which are found to be wrong.
6. Although every effort is made to make all eligibility determinations error free, on occasion, a subsequent quality review of an eligibility determination will reveal that an error was made in granting LIHP benefits. I understand that there is no right to retain LIHP benefits granted in error. Upon notification by County, LIHP benefits granted in error must be returned to the County.

I hereby state that I have reviewed the information on this form and that I fully understand my RIGHTS AND RESPONSIBILITIES under the LIHP and agree to comply with LIHP requirements.

Applicant or Representative

Date



LOW INCOME HEALTH PROGRAM

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE

Estoy solicitando el programa Low Income Health Program (LIHP, por sus siglas en inglés) del Condado de San Diego para mí o para _____.

Entiendo perfectamente que tengo los siguientes derechos y debo de cumplir con las siguientes responsabilidades como parte de mi solicitud para y en recibo del programa LIHP.

DERECHOS - TENGO EL DERECHO DE:

1. Solicitar el programa LIHP y de ser notificado(a) **POR ESCRITO** si califico o no califico.
2. Ser notificado de cualquier acción tomada para descontinuar mi elegibilidad de LIHP al menos 10 (diez) días antes del primer mes en que la acción entraría en efecto.
3. Solicitar una apelación si no estoy de acuerdo con la(s) decisión(es) tomada(s) acerca de mi elegibilidad de LIHP, o con la negación de servicios médicos por parte de LIHP. Debo solicitar una revisión dentro del tiempo indicado en mi aviso de acción.
4. Poner una queja si no estoy satisfecho con otros asuntos, como se describen en el documento de LIHP llamado "Sus Derechos de Quejas y Apelaciones". Debo presentar la queja dentro de los límites de tiempo establecidos en el documento de LIHP llamado "Sus Derechos de Quejas y Apelaciones".
5. Hablar con el personal de LIHP que pueda ayudarme con preguntas, problemas, reclamos, y/o a presentar una queja.
6. Que se me trate justamente y con igualdad sin importar mi raza, color, religión, nacionalidad, sexo, edad o creencias políticas.
7. Asistencia gratuita de idioma, y/o para personas con discapacidades de la vista o del oído.
8. Tener privacidad y de que toda la información que yo dé al programa LIHP se mantenga confidencial, excepto como lo requiera o permita la ley.
9. Escoger mi proveedor médico y mi médico de atención primaria dentro de los límites del programa.
10. Tener acceso razonable a servicios médicos a través del programa LIHP.
11. Que se me trate con cortesía y respeto, que me expliquen claramente mis problemas de salud y de participar en las decisiones acerca del tratamiento de mis problemas de salud.
12. Pedir o rehusar tratamientos médicos.
13. Pedir una segunda opinión si no estoy de acuerdo con el cuidado médico o plan de tratamiento que me recete mi proveedor de cuidado médico.
14. Información sobre el derecho de obtener una Directiva Anticipada para la Atención Médica. Si ya tengo una y deseo traer una copia, mi proveedor la agregará a mi expediente médico.

RESPONSABILIDADES - TENGO LA RESPONSABILIDAD DE:

1. Dar información correcta al Representante de LIHP.
2. Reportar cambios al Representante de LIHP dentro de 10 días de que ocurra el cambio llamando al 1-888-553-5552. Estos cambios incluyen pero no se limitan a lo siguiente:
 - ✓ Si mi ingreso o el ingreso de un miembro de mi familia cambia, o si nuestra situación de empleo cambia.
 - ✓ Planeo mudarme de casa o cambiar mi dirección postal.
 - ✓ Un pariente se viene a vivir a mi casa o se muda de mi casa.
 - ✓ Recibo, transfiero, regalo, o vendo cualquier artículo de propiedad personal o bienes raíces.
 - ✓ Yo o algún miembro de mi familia esté embarazada o se enferme físicamente o mentalmente de tal manera que no podremos trabajar.
 - ✓ Yo o un miembro de mi familia solicito/a y soy/es elegible a los beneficios monetarios de un programa del Estado, Condado o Gobierno Federal. Ejemplos incluyen, pero no se limitan a, beneficios del Seguro Social (SSA), beneficios de la Administración de Veteranos, CalWORKS o Compensación por Incapacidad.
 - ✓ Reportar si he presentado una apelación con la Administración del Seguro Social por haberme negado beneficios por incapacidad.
3. Reportar al Representante de LIHP y usar cualquier cobertura médica, incluyendo seguro médico, que yo tenga o que tengo derecho de utilizar.



LOW INCOME HEALTH PROGRAM

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE

4. Reportar al Representante de LIHP cuando LIHP haya proporcionado o vaya a proporcionar servicios de cuidado médico para un accidente o lesión que pueda cubrirse 1) con mi propia compañía de seguros o 2) de parte de una tercera persona cuando presente una demanda o una demanda se presente de mi parte, y la acción resulte en una orden judicial a mi favor.
5. Reembolsar al programa LIHP de un cobro recibido de parte de una tercera persona, incluyendo demandas.
6. Llamar a mi médico de atención primaria para una consulta médica PRIMERO, excepto en caso de emergencia.
7. Llegar a tiempo a mis citas programadas.
8. Avisar a mis proveedores de cuidado médico si no entiendo mi plan de tratamiento o que se espera de mí, y si estoy de acuerdo con las recomendaciones de mi tratamiento, seguir las instrucciones de mis proveedores de cuidado médico.
9. Dar información correcta y completa a mis proveedores médicos sobre mi condición actual y previas enfermedades.
10. Tratar a los proveedores y al personal de LIHP con respeto y dignidad.
11. Cooperar con los médicos y enfermeras al recibir los servicios de salud del programa LIHP. Esto incluye el recibir todos los servicios de salud por medio de proveedores médicos autorizados por LIHP, presentarme a las citas con el doctor y seguir todo plan de tratamiento e instrucciones que me dé mi proveedor médico.

ENTENDIMIENTO- ENTIENDO COMPLETAMENTE QUE:

1. Se prohíbe la discriminación de inscripción y la discriminación de darse de baja.
2. La fecha de vigencia para la aprobada descontinuación no debe ser más tarde que el primer día del segundo mes después del mes en el cual hago la petición.
3. Si hay posibilidad de que sea elegible para Medi-Cal, tengo que solicitar y cooperar completamente con el proceso para beneficios completos de Medi-Cal y aceptar la cobertura si soy elegible. No cumplir con este requisito puede resultar en la pérdida de mi elegibilidad actual o en el futuro al programa LIHP.
4. Si no proporciono la información necesaria, no reporto cambios inmediatamente, o doy información falsa a propósito, puede que se me nieguen los beneficios de LIHP o que LIHP me pague en exceso, y puedo ser enjuiciado por fraude. También puedo ser responsable de reembolsar al programa LIHP por beneficios recibidos para los cuales yo no era elegible.
5. La información que doy puede ser comprobada contra los hechos dados por patrones, bancos, SSA, Devolución de Impuestos, asistencia pública, y otras agencias. Tendré el derecho de comprobar y corregir cualquier información que esté incorrecta.
6. Aunque se hace todo lo posible para determinar elegibilidad sin errores, en ocasión, un repaso subsecuente de elegibilidad puede revelar que un error se cometió al aprobar beneficios de LIHP. Entiendo que no tengo derecho a quedarme con beneficios de LIHP aprobados por error. Al recibir notificación del Condado, los beneficios de LIHP aprobados en error tienen que ser regresados al Condado.

Yo declaro que he revisado la información mencionada arriba y entiendo perfectamente mis DERECHOS Y RESPONSABILIDADES bajo el programa LIHP y estoy de acuerdo con cumplir con los requisitos del LIHP.

Solicitante o Representante

Fecha



LOW INCOME HEALTH PROGRAM

YOUR GRIEVANCE AND APPEAL RIGHTS

If you are dissatisfied with the Low Income Health Program (LIHP), you have the right to ask for a grievance or appeal review. The timeframes and procedures for making these requests are listed below.

Grievance

A “grievance” is an expression of dissatisfaction about any matter other than an action (defined below).

- You have **60 calendar days** from the date of the incident giving rise to the grievance to file a County level grievance.

Appeal

An “appeal” is defined as a request for review of an action. An “action” is:

1. A denial, termination or reduction of eligibility for LIHP.
 2. A denial or limited authorization of a requested LIHP service, including the type or level of service.
 3. A reduction, suspension, or termination of a previously authorized service.
 4. A failure to provide services in a timely manner pursuant to the Special Terms and Conditions of the California Bridge to Reform Demonstration for the LIHP.
 5. A failure of the County or the State to act within the timeframes for grievances and appeals as outlined here.
- You have **60 calendar days** from the date of the Notice of Action to file a County level appeal.

Requesting a grievance or appeal review:

You may request a grievance or appeal by writing or calling:

San Diego County Health And Human Services Agency
Appeals Section - GR/CMS Calendar Clerk
4990 Viewridge Avenue
San Diego, Ca 92123
Phone: (858) 514-6887

Your appeal rights:

- You and your representative will have the opportunity, before and during the appeals process:
 1. To examine the County’s position statement related to the reason services are delayed, denied or withdrawn by the County or the State;
 2. To examine your case file, including medical records, and any other documents under consideration in the appeal; and
 3. To confront and cross-examine adverse witnesses.
- You and your representative will be provided a reasonable opportunity to present evidence and allegations of fact or law, and cross examine witnesses, in person, in writing, or by telephone if requested by you.
- Hearings can be conducted by telephone or video conference in lieu of an in-person hearing.
 1. You may request a telephonic hearing at any stage of the appeals process, free of charge.
 2. Your record must be kept open for 15 calendar days to permit you and your representative to submit evidence and any other documents for consideration in the appeal after the hearing has concluded.
 3. You and your representative are able to obtain reimbursement of your costs in order to attend an in-person hearing, i.e. transportation.
 4. At any point prior to or during a telephone or video conference hearing, at the request of either party or the decision maker, an in-person hearing can be ordered.
- The County will provide any reasonable assistance in completing forms and taking other procedural steps. This includes, but is not limited to, providing interpreter services and toll-free numbers that have adequate TTY-TTD and interpreter capability for all stages of the grievance and appeal processes, at no cost to you.



LOW INCOME HEALTH PROGRAM

YOUR GRIEVANCE AND APPEAL RIGHTS

Timeframe for resolution of grievances and appeals

1. Standard disposition of grievances – Oral or written notice must be given within 60 calendar days of receipt of the grievance.
2. Standard resolution of appeals – Written notice must be mailed within 45 calendar days of receipt of the appeal.
3. Expedited resolution of appeals – Written notice must be mailed within 3 working days of receipt of the appeal. In addition, reasonable efforts to provide oral notice will be made.
4. Timeframes on the above may be extended by up to 14 calendar days if either you request it, or the County can show that there is a need for additional information and how the delay is in your interest.
5. Written notice of the reason for the delay must be provided, unless requested by you.
6. If a request for expedited resolution of an appeal is denied, the appeal must be treated under the standard resolution timeframe. In addition, reasonable efforts to give prompt oral notice of the denial must be made, and follow up with written notice within 2 calendar days must be provided.

State Fair Hearing

- If the outcome of the County level appeal is not completely in your favor, you may request a State Fair Hearing.
- You have 90 days from the date of the Notice of Appeals Resolution to request a State Fair Hearing. You may request a State Fair Hearing by calling 1-800-952-5253. For hearing or speech impaired who use TDD, call 1-800-952-8349.
- The County level appeal must be completed before you can request a State Fair Hearing.
- Grievances are not appealable to a State Fair Hearing.

Continuation of benefits during an appeal of action or a State fair hearing

Your benefits must be continued if:

1. Your eligibility is terminated or reduced;
2. Your appeal involves the termination, suspension, or reduction of a previously authorized course of treatment;
3. The services were ordered by an authorized provider;
4. The original period covered by the original authorization has not expired;
5. You or your provider (on your behalf) timely files an appeal; and
6. You request extension of benefits.

“Timely filing” means filing on or before the later of either:

1. Ten (10) calendar days from the mailing of the Notice of Action
2. The intended effective date of the proposed action.
3. In the case of a State fair hearing, 10 calendar days from the date of the Notice of Appeals Resolution.

Benefits that are continued under this section shall be continued until:

1. The enrollee withdraws the appeal;
2. Ten (10) calendar days pass after the mailing of a Notice of Appeals Resolution to you, unless you request a State Fair Hearing with continuation of benefits within 10 calendar days of the issuance of the Notice of Appeals Resolution;
3. A State Fair Hearing decision adverse to you is issued,
4. As ordered by the Administrative Law Judge at the State Fair Hearing, in limited permissible circumstances, such as 431.230(a)(1); or
5. The time period or service limits of a previously authorized service has been met.

If the final resolution of the County level appeal or the State Fair Hearing is adverse to you, the County may recover the cost of the services furnished to you while the appeal was pending.



LOW INCOME HEALTH PROGRAM YOUR GRIEVANCE AND APPEAL RIGHTS

If services were not furnished pending the County level appeal or the State Fair Hearing, and the resolution of the appeal is favorable to you, the County must provide the disputed services promptly, and as expeditiously as your health condition requires.

If you received disputed services while the County level appeal or the State Fair Hearing was pending, and the resolution reverses a denial of services, the County must cover such services.

If you would like more information about your hearing rights, the Consumer Center for Health Education and Advocacy may be able to offer you free advice. For more information, call 1-877-734-3258.



LOW INCOME HEALTH PROGRAM SUS DERECHOS DE QUEJAS Y APELACIONES

Si no está satisfecho con el programa Low Income Health Program (LIHP, por sus siglas en inglés), usted tiene el derecho de pedir una revisión de queja o de apelación. Los plazos límites de tiempo y procedimientos para hacer estas peticiones están anotados abajo.

Queja

Una “queja” es una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto excepto una acción (definida abajo).

- Usted tiene **60 días consecutivos** de la fecha del incidente que ocasionó la queja para presentar una queja a nivel del Condado.

Apelación

Una “apelación” se define como una petición de revisión de una acción. Una “acción” es:

1. Una negación, terminación o reducción de elegibilidad para LIHP.
 2. Una autorización limitada o negación de un servicio solicitado, incluyendo el tipo o nivel de servicio.
 3. Una reducción, suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado.
 4. Falta de proveer servicios de manera oportuna de acuerdo con los Términos Especiales y Condiciones de California Bridge Reform Demonstration del programa LIHP.
 5. Falta del Condado o del Estado de actuar dentro de los límites de tiempo para quejas y apelaciones como se describen aquí.
- Usted tiene **60 días consecutivos** de la fecha del Aviso de Acción para solicitar una apelación a nivel del Condado.

Cómo pedir una revisión de apelación o de queja:

Usted puede solicitar una revisión de apelación o queja llamando o escribiendo al:

San Diego County Health And Human Services Agency
Appeals Section - GR/CMS Calendar Clerk
4990 Viewridge Avenue
San Diego, CA 92123
Teléfono: (858) 514-6887

Sus derechos de Apelación:

- Usted y su representante tendrán la oportunidad, antes y durante el proceso de apelación a:
 1. Examinar la declaración de posición del Condado relacionada a la razón por la cual los servicios fueron retrasados, negados o retirados por el Condado o el Estado;
 2. Examinar su expediente de caso, incluyendo su historial médico, y cualquier otro documento considerado en la apelación; y
 3. Enfrentar e interrogar testigos adversos.
- Usted y su representante tendrán oportunidad razonable para presentar evidencia y alegaciones legales o de hechos, y de interrogar testigos, en persona, por escrito, o por teléfono, si así lo solicita usted.
 1. Usted puede solicitar una audiencia telefónica en cualquier etapa del proceso de apelación, sin costo.
 2. Su archivo se mantendrá abierto por un periodo de 15 días consecutivos para permitirle a usted y a su representante entregar evidencia y cualquier otro documento para consideración en la apelación después de que ha concluido la audiencia.
 3. Usted y su representante podrán obtener reembolso de sus gastos para atender la audiencia en persona, por ejemplo transportación.
 4. En cualquier momento antes o durante una audiencia por teléfono o conferencia de video, a petición de cualquiera de los participantes o persona haciendo la decisión, se podrá ordenar una audiencia en persona.
- El Condado proveerá cualquier asistencia razonable para completar formularios y otros pasos del proceso. Esto incluye, pero no se limita a, proveer servicios de intérprete y números de teléfono sin



LOW INCOME HEALTH PROGRAM SUS DERECHOS DE QUEJAS Y APELACIONES

costo con capacidad de intérpretes TTY-TTD adecuados en todas las etapas del proceso de apelación o de queja, sin costo a usted.

Límites de tiempo para resoluciones de quejas y apelaciones

1. Disposición estándar de quejas – Se debe presentar aviso oral o por escrito dentro de 60 días consecutivos de la fecha en que se recibió la queja.
2. Resolución estándar de apelaciones – Se debe enviar aviso escrito por correo dentro de 45 días consecutivos de la fecha en que se recibió la apelación.
3. Resolución acelerada de apelaciones – Se debe enviar aviso escrito por correo dentro de 3 días áviles de la fecha en que se recibió la apelación. También, serán hechos esfuerzos razonables para proporcionar aviso verbalmente.
4. Los límites de tiempo mencionados arriba se pueden extender por hasta 14 días consecutivos ya sea si usted lo solicita, o el Condado puede demostrar que se necesita información adicional y cómo el retraso es para su beneficio.
5. Se debe presentar un aviso por escrito de la razón del retraso, al menos que usted haya pedido el retraso.
6. Si la resolución acelerada de una apelación es negada, la apelación se debe tratar bajo los límites de la resolución estándar. También, serán hechos esfuerzos razonables para informarle verbalmente de la negación, y dar seguimiento para proporcionar un aviso por escrito dentro de 2 días consecutivos.

Audiencia Imparcial con el Estado

- Si el resultado de su apelación a nivel del Condado no es completamente en su favor, puede solicitar una Audiencia Imparcial con el Estado.
- Tiene 90 días de la fecha del Aviso de Resolución de Apelaciones para solicitar una Audiencia Imparcial con el Estado. Puede pedir una Audiencia Imparcial con el Estado llamando al 1-800-952-5253. Para personas con dificultades del habla o del oído que utilizan TDD, llame al 1-800-952-8349.
- La apelación a nivel del Condado debe ser completada antes de poder solicitar una Audiencia Imparcial con el Estado. La apelación a nivel del Condado no será requerida cuando el proceso de apelación a nivel del Condado es inadecuado, fútil, o podría causar daños irreparables.
- Las quejas no son apelables a una Audiencia Imparcial con el Estado.

Continuación de beneficios durante una apelación de acción o Audiencia Imparcial con el Estado

Sus beneficios deben continuarse si:

1. Su elegibilidad es terminada o reducida;
2. Su apelación implica la terminación, suspensión, o reducción de un plan de tratamiento previamente autorizado;
3. Los servicios fueron ordenados por un proveedor autorizado;
4. El periodo original cubierto por la autorización original no ha vencido;
5. Usted o su proveedor (de parte de usted) solicita una apelación de manera oportuna; y
6. Usted solicita una extensión de sus beneficios.

“De manera oportuna” quiere decir solicitar la apelación antes o dentro de:

1. Diez (10) días de la fecha en que se envió el aviso de acción
2. La fecha prevista en que entra en vigor la acción propuesta.
3. En el caso de una Audiencia Imparcial con el Estado, 10 días consecutivos de la fecha del Aviso de Resolución de Apelaciones.

Los beneficios continuados bajo esta sección se continuarán hasta que:

1. El miembro retire la apelación;
2. Pasen diez (10) días consecutivos de la fecha en que se envió el Aviso de Resolución de Apelaciones, al menos que usted solicite una Audiencia Imparcial con el Estado con continuación de beneficios dentro de 10 días consecutivos de la fecha de expedición del Aviso de Resolución de Apelaciones;
3. Se expida una decisión en su contra en una Audiencia Imparcial con el Estado,



LOW INCOME HEALTH PROGRAM SUS DERECHOS DE QUEJAS Y APELACIONES

4. Así lo ordene el Juez de Derecho Administrativo en la Audiencia Imparcial con el Estado, bajo circunstancias permitidas limitadas, tal como 431.230(a)(1); o
5. Se haya cumplido el periodo de tiempo o los límites de un servicio previamente autorizado.

Si la resolución final de la apelación a nivel del Condado o de la Audiencia Imparcial con el Estado es en su contra, el condado puede recuperar el costo de servicios proporcionados a usted mientras la apelación estaba pendiente.

Si no se le proporcionaron servicios mientras quedaba pendiente la apelación a nivel del Condado o la Audiencia Imparcial con el Estado, y la resolución de la apelación es en su favor, el Condado debe proveer los servicios en cuestión de inmediato, y tan rápidamente como su salud lo requiera.

Si usted recibió los servicios en cuestión mientras la apelación a nivel del Condado o la Audiencia Imparcial con el Estado estaba pendiente, y la resolución revoca una negación de servicios, el Condado deberá cubrir dichos servicios.

Si necesita más información sobre sus derechos de audiencia, El Centro del Consumidor para la Educación sobre la Salud y Defensa de sus Derechos puede ofrecerle consejo gratuito. Para más información llame al 1-877-734-3258.



LOW INCOME HEALTH PROGRAM

COVERAGE INFORMATION

1. If eligible, you will be enrolled in the Low Income Health Program (LIHP).
2. LIHP is **NOT** a health insurance program and does not cover all medical problems. LIHP does **NOT** cover services such as routine dental and vision care, pregnancy, family planning or infertility services. LIHP does **NOT** cover organ, limb and bone marrow transplants and related services, visits to the emergency room (ER) for follow-up and prescription refills, or cosmetic surgery. LIHP does **NOT** cover treatment for alcohol and drug problems. A complete listing can be found in the LIHP Enrollee Handbook.
3. LIHP does cover emergency services for emergent conditions, hospital inpatient care, medications listed on the LIHP formulary, laboratory, x-rays, and limited mental health services.
4. You must go to your primary care provider at the community health center you selected, except for emergencies. Your primary care provider will provide or arrange for all the care that you need.
5. Medical care that cannot be provided by your primary care provider must be requested by your doctor and approved in advance by LIHP medical staff. Your doctor will tell you if LIHP has approved the service and may help you to make your appointment. **If you receive services that were not approved by LIHP, you are responsible for paying the bill.**
6. If you have seen a specialist and your condition is stable, future medical care will continue through your primary care provider.
7. For scheduled hospital admissions, you should verify that the admission is at a LIHP contracted hospital; otherwise the hospital may bill you for the services it provides.
8. Emergency room (ER) services are covered by LIHP **ONLY**:
 - if your medical problem requires immediate attention,
 - the service you receive is a covered service, and
 - you are LIHP certified for the ER visit.

You should show your LIHP Member card to the hospital ER staff before you leave the hospital.

9. LIHP provides covered prescription medications. If your physician prescribes a medication that is not covered by LIHP, the pharmacist or physician must request approval before filling the prescription. Prescriptions must be filled by a San Diego LIHP pharmacy or by your primary care provider. If you fill your prescription at a pharmacy that is not a San Diego LIHP pharmacy, or you fill a prescription that LIHP did not approve, you are responsible for paying for the medication yourself.
10. LIHP pays for health services provided by a San Diego LIHP provider. If you receive emergency services from a provider who is not a San Diego LIHP provider, they must notify LIHP within 24 hours of treating you. The LIHP contact information is listed on the back of the LIHP Member card.
11. Approval of LIHP does not imply that all services will be covered by LIHP.
12. The LIHP Enrollee Handbook has other important information about this program and has a list of the community health centers, mental health clinics, pharmacies, and hospitals which are San Diego LIHP providers. The LIHP Enrollee Handbook is available online at: www.sdlihp.org

I acknowledge that the County Representative reviewed the above information with me, and I fully understand the LIHP coverage limitations.

Applicant or Representative

Date

Interpreter (if necessary)

Date

County Representative

Date



LOW INCOME HEALTH PROGRAM

INFORMACIÓN DE COBERTURA

1. Si es elegible, usted será inscrito en el programa Low Income Health Program (LIHP, por sus siglas en inglés).
2. LIHP **NO** es un programa de seguro médico y no cubre todo problema médico. LIHP **NO** cubre servicios como cuidados rutinarios dentales y de la visión, servicios de embarazo, planificación familiar o infertilidad. LIHP **NO** cubre trasplantes de órganos, extremidades o médula ósea y servicios relacionados, visitas a la sala de emergencia (ER) para cuidados continuos y surtir recetas, o cirugía cosmética. LIHP **NO** cubre tratamiento para problemas de alcohol y drogas. Una lista completa puede encontrarse en el manual para inscritos de LIHP.
3. LIHP si cubre servicios de emergencia para condiciones urgentes, cuidado en hospital, medicamentos anotados en el formulario de LIHP, laboratorio, rayos X, y servicios limitados de salud mental.
4. Usted debe ir con su proveedor de cuidado primario en el centro de salud de la comunidad que usted seleccionó, a excepción de emergencias. Su proveedor de cuidado primario le proporcionará o hará los arreglos para todo el cuidado que usted necesita.
5. Cualquier cuidado médico que no pueda ser proporcionado por su proveedor de cuidado primario debe ser solicitado por su doctor y aprobado por adelantado por el personal médico de LIHP. Su doctor le dirá si LIHP ha aprobado el servicio y puede ayudarle a hacer su cita. **Si usted recibe servicios que no fueron aprobados por LIHP, usted es responsable de pagar la cuenta.**
6. Si usted ha visto a un especialista y su condición es estable, la futura asistencia médica continuará a través de su proveedor de cuidado primario.
7. Para admisiones programadas de hospital, usted debe de verificar que la admisión es en un hospital contratado con LIHP, de lo contrario, el hospital puede cobrarle a usted por los servicios que le proporcionó.
8. Los servicios de la Sala de Emergencia son cubiertos por LIHP **UNICAMENTE**:
 - si su problema médico requiere atención inmediata,
 - el servicio que usted recibe es un servicio cubierto, y
 - usted ha sido aprobado por LIHP para la visita de la Sala de Emergencia.

Usted debe mostrar su tarjeta de LIHP al personal de la Sala de Emergencia del hospital antes de que usted salga del hospital.

9. LIHP cubre medicamentos que requieren receta. Si su médico receta medicamento que no está cubierto por LIHP, el farmacéutico o médico tiene que pedir aprobación antes de llenar la receta. Las recetas se tienen que llenar en farmacias contratadas por LIHP de San Diego o por su proveedor primario. Si usted llena su receta en una farmacia no contratada por LIHP de San Diego o si usted llena una receta que LIHP no aprobó, usted será responsable por el pago de su receta.
10. LIHP paga por servicios de salud proporcionados por un proveedor de LIHP de San Diego. Si recibe servicios de emergencia de un proveedor que no es de LIHP de San Diego, el proveedor debe notificar a LIHP dentro de 24 horas de haberle proporcionado el tratamiento. La información de contacto está anotada atrás de su tarjeta de miembro de LIHP.
11. Aprobación al programa LIHP no implica que todos los servicios serán cubiertos por LIHP.
12. El Manual de LIHP para Miembros tiene información importante adicional sobre estos programas y tienen una lista de los centros de salud de la comunidad, farmacias y hospitales que participan con LIHP. El Manual de LIHP Para Miembros está disponible en el sitio web: www.sdliph.org

Reconozco que el representante del Condado ha repasado conmigo la información mencionada arriba, y yo entiendo completamente las limitaciones de cobertura de LIHP.

Solicitante o Representante

Fecha

Intérprete (si es necesario)

Fecha

Representante de LIHP

Fecha

**COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Effective Date: April 14, 2003 (Revised 09/11)

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE
USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS
INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

Your medical/health information is personal and the County of San Diego – Low Income Health Program (LIHP) is committed to protecting it. Your medical/health information is also very important to our ability to provide you with quality care, and to comply with certain laws. This Notice describes the privacy practices we and all of our employees and other personnel are required to follow in handling your medical/health information.

We are Legally Required to: Keep your medical/health information, also known as "protected health information" or "PHI," confidential, give you this Notice of our legal duties and privacy practices with respect to your medical/health information, and comply with this Notice.

YOUR RIGHTS REGARDING MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU

Right to Inspect and Obtain Copies: With certain exceptions, you have the right to inspect and obtain copies of your medical/health information from our records. To inspect and obtain copies of your medical/health information, you must submit a request in writing to your case manager or the person in charge of your treatment. If you request a copy of your medical/health information, we may charge a fee for the costs of copying, mailing or other supplies associated with your request. We will not charge you a fee for inspecting your records if you do not request to copy your records.

We may deny your request to inspect and obtain copies of parts of your medical/health information. If you are denied the right to inspect and obtain copies of your medical/health information in our records, you may appeal this decision and request that another licensed health care professional designated by LIHP, who was not involved in your treatment review the denial. (At your request, a form will be provided to you for this request.)

Right to Request an Amendment: If you feel that your medical/health information in our records is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment for as long as we keep the information. To request an amendment, you must submit a request in writing to your case manager or the person in charge of your treatment. In addition, you must tell us the reason for the amendment. Your request will become part of your record. (At your request, a form and a list of County sites will be provided to you for this purpose.)

**COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

We may deny your request if you ask us to amend information that was not created by us, or is part of the information which you were not permitted to inspect and copy, or is deemed accurate and complete by your treatment team.

Right to an Accounting of Disclosures: With the exception of certain disclosures, including those for treatment, payment and health care operations and those authorized by you, you have the right to request a list of the disclosures we have made of your medical/health information. To request this list, you must submit your request in writing to your case manager or the person in charge of your treatment. (At your request, a form will be provided to you for this purpose.)

Your request must state a time period, which may not be longer than six years and may not include dates before April 14, 2003. The first list you request within a 12-month period will be free. For additional lists, we may charge you for the costs of providing the list. We will notify you of the cost involved and you may withdraw or change your request before any costs are incurred.

Right to Request Restrictions: You have the right to request that we follow additional, special restrictions when using or disclosing your medical/health information. We are not required to agree to your request. If we agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you with emergency treatment as determined by your doctor. To request restrictions, you must make your request in writing to your case manager or the person in charge of your treatment. In your request, you must tell us what information you want to limit, the type of limitation, and to whom you want the limitation to apply. An example of such a limitation might be limits on disclosures we may make to your spouse. (At your request, a form will be provided to you for this purpose.)

Right to Request Confidential Communications: You have the right to request that we communicate with you about appointments or other matters related to your treatment in a specific way or at a specific location. For example, you can ask that we only contact you at work, or by mail at a post office box. To request confidential communications, you must make your request in writing to your case manager or the person in charge of your treatment. (At your request, a form will be provided to you for this purpose.) Your request must specify how or where you wish to be contacted. We will accommodate reasonable requests.

Right to a Paper Copy of This Notice: You may ask us for a paper copy of this Notice at any time. Even if you have agreed to receive this Notice electronically, you are entitled to receive a paper copy of this Notice. To obtain a paper copy of this Notice, ask any staff person. You may also obtain a copy of this Notice at our website, http://www.co.san-diego.ca.us/hhsa/programs/sd/hipaa_administration/hipaa_privacy_practices.html

**COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

HOW WE MAY USE AND DISCLOSE YOUR MEDICAL/HEALTH INFORMATION

In order to provide you with insurance coverage, we need medical/health information and other personal information about you, and we may obtain that information from many sources, including you, your employer or benefits plan sponsor, other insurers, HMOs or third-party administrators, and health care providers.

For Treatment: We may disclose information to doctors, dentists, pharmacies, hospitals and other health care providers who take care of you. For example, doctors may request medical information from us to supplement their own records. We may also use personal information in sending certain information to doctors for patient safety or other treatment-related reasons.

We may use and disclose your medical/health information to contact you with a reminder that you have an appointment for treatment. You have the right to tell us how you want to receive appointment reminders. (At your request, a form will be provided to you for this purpose.)

We may use and disclose your medical/health information to recommend possible treatment options or alternatives that may be of interest to you. Additionally we may use and disclose your medical/health information to tell you about health-related benefits or services that may be of interest to you (for example, Medi-Cal eligibility or Social Security benefits). You have the right to refuse this information.

For Payment: **We may use and disclose medical/health information about you so that the treatment and services you receive may be billed to and payment may be collected from you, other insurance companies or a third party. For example, we may need to give your health plan information about psychiatric services you received through LIHP so another health plan will pay us or reimburse you for the treatment. We may also tell your health plan about a treatment you are going to receive to obtain prior approval or to determine whether your plan will cover the treatment.**

For Health Care Operations: We may use and disclose medical/health information about you for health care operations. These uses and disclosures are necessary to run LIHP make sure that all of our clients receive quality care. For example, we may use medical/health information to review our treatment and services and to evaluate the performance of doctors providing treatment to you. We may also combine medical/health information about many LIHP clients to decide what additional services LIHP should offer, what services are not needed, and whether certain new treatments are effective. We may also disclose information to doctors, nurses, counselors, medical/health care students, and other agency personnel for review and learning purposes. We may also combine the medical/health information we have with medical/health information from other agencies to compare how we are doing and see where we can make improvements in the care and services we offer. We may remove information that identifies you from this set of medical/health information so others may use it to study medical/health care and medical/health care delivery without learning who the specific clients are.

**COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

**USES AND DISCLOSURES OF MEDICAL/HEALTH INFORMATION THAT GIVE
YOU THE OPPORTUNITY TO OBJECT**

Unless you object, we may disclose your medical/health information to a friend or family member, your parent or any other person identified by you who is involved in your health care or payment for your health care. Your objection must be in writing (at your request, a form will be provided to you for this purpose). We will not honor your objection in circumstances where doing so would expose you or someone else to danger, as determined by your treatment team.

In the event of a disaster, we may disclose your medical/health information to a disaster relief agency such as the Red Cross, so that your family can be notified about your condition, status and location.

Unless you object, we may also include some of your medical/health information in a facility directory. The information disclosed will include your name, your location in the facility, your condition described in general terms that do not communicate specific medical information about you and your religious affiliation. This information may be disclosed to members of the clergy, and except for religious affiliation, to other persons who ask for you by name. Your objection must be in writing and you may object to the inclusion of some or all of this information in the facility directory (at your request, a form will be provided to you for this purpose).

USES AND DISCLOSURES THAT DO NOT REQUIRE YOUR AUTHORIZATION

Research: Under certain circumstances, we may use and disclose medical/health information about you for research purposes. For example, a research project may involve comparing the health and recovery of all clients who received one medication to those who received another, for the same condition. All research projects, however, are subject to a special approval process. This process evaluates a proposed research project and its use of medical/health information, trying to balance the research needs with clients' need for privacy of their medical/health information. Before we use or disclose medical/health information for research, the project will have been approved through this research approval process, but we may, however, disclose medical/health information about you to people preparing to conduct a research project, for example, to help them look for clients with specific medical/health needs, so long as the medical/health information they review does not leave LIHP.

As Required By Law: We will use and disclose medical/health information when required to do so by federal or state law or regulation.

**COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

To Avert a Serious Threat to Health or Safety: We may use and disclose your medical/health information when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person.

Workers' Compensation: We may disclose your medical/health information for workers' compensation or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.

Public Health Activities: We may disclose your medical/health information for public health activities. These activities generally include the following:

- to prevent or control disease, injury or disability;
- to report births and deaths;
- to report the abuse or neglect of children, elders and dependent adults;
- to report reactions to medications or problems with products;
- to notify people of recalls of products they may be using;
- to notify a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition.

Abuse, Neglect or Domestic Violence: We may disclose your medical/health information when notifying the appropriate government authority if we believe you have been the victim of abuse, neglect or domestic violence. We will only make this disclosure if you agree or when required or authorized by law.

Health Oversight Activities: We may disclose your medical/health information to a federal or state health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws.

Lawsuits and Disputes: If you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose your medical/health information in response to a court or administrative order. We may also disclose your medical/health information in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process by someone else involved in a dispute.

Law Enforcement: We may disclose your medical/health information if asked to do so by law enforcement officials in any of the following circumstances:

- In response to a court order, subpoena, warrant, summons or similar process;
- To identify or locate a suspect, fugitive, material witness, or missing person;
- About the victim of a crime if, under certain limited circumstances, we are unable to obtain the person's agreement;
- About a death we believe may be the result of criminal conduct;
- About criminal conduct at any of our facilities; or

**COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

- In emergency circumstances to report a crime; the location of the crime, the victim(s); or the identity, description or location of the person who committed the crime.

Specialized Governmental Functions: We may disclose your medical/health information to authorized federal officials for intelligence and other national security activities authorized by law. For example, we may disclose your medical/health information to federal officials so they may provide protection to the President of the United States or foreign heads of state, or to conduct special investigations authorized by law.

We may disclose your medical/health information to officials in the Department of State who make decisions regarding your suitability for a security clearance or service abroad.

We may disclose medical/health information to a coroner or medical examiner. This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death. We may also release medical/health information about clients of LIHP to funeral directors as necessary to carry out their duties.

If you are an inmate of a correctional institution, you may lose the rights outlined in this Notice. Furthermore, if you are an inmate or are in the lawful custody of a law enforcement official, we may disclose your medical/health information to a law enforcement official.

OTHER USES OF YOUR PROTECTED HEALTH CARE INFORMATION

Other uses and disclosures of your medical/health information not covered by this Notice or the laws that apply to us will be made only with your written authorization. If you provide us authorization to use or disclose your medical/health information, you may revoke that authorization, in writing, at any time. If you revoke your authorization, we will no longer use or disclose your medical/health information for the reasons covered by the authorization, except that, we are unable to take back any disclosures we have already made when the authorization was in effect, and we are required to retain our records of the care that we provided to you.

CHANGES TO THIS NOTICE

We reserve the right to revise or change the terms of this Notice, and to apply those changes to our policies and procedures regarding your medical/health information. You have the right to be notified of any changes to this Notice and to receive a copy of those changes in writing. To obtain a copy of this Notice once it has been changed, you can either ask your treatment provider or any staff person, or go to the County of San Diego's web site at http://www.co.san-diego.ca.us/hhsa/programs/sd/hipaa_administration/hipaa_privacy_practices.html.

**COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

COMPLAINTS

You have the right to file a complaint if you believe that LIHP staff has not complied with the practices outlined in this Notice. All complaints must be submitted in writing. You will not be penalized in anyway for filing a complaint.

If you believe your privacy rights have been violated you may file a complaint with LIHP, or with the Federal Government. To file a complaint with LIHP, contact:

Privacy Officer
County of San Diego, Compliance Office
P.O. Box 85524 (Mail Stop: P501)
San Diego, California 92186-5524
(619) 515-4244

To file a compliant with the Federal Government, contact:

U.S. Department of Health and Human Services
Region IX, Office for Civil Rights
50 United Nations Plaza – Room 322
San Francisco, California 94102
Voice Phone: (415) 437-8310
Facsimile: (415) 437-8329
TDD: (415) 437-8311
E-mail: OCRComplaint@hhs.gov

Please contact the privacy officer listed above, if you want specific information for filing a complaint with the federal Office for Civil Rights.

If you have any questions about this Notice, you may contact:

Privacy Officer
County of San Diego, Compliance Office
P.O. Box 85524 (Mail Stop: P501)
San Diego, California 92186-5524
(619) 515-4244

**COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT

By signing this form, you acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices of the County of San Diego. Our Notice of Privacy Practices provides information about how we may use and disclose your protected medical/health information. We encourage you to read it in full.

Our Notice of Privacy Practices is subject to change. If we change our notice, you may obtain a copy of the revised notice by accessing the County's web site, http://www.co.san-diego.ca.us/hhsa/programs/sd/hipaa_administration/hipaa_privacy_practices.html or by contacting any staff person involved in your care.

If you have any questions about our Notice of Privacy Practices, please contact the:

Privacy Officer
County of San Diego Compliance Office
P.O. Box 85524 (Mail Stop: P501)
San Diego, CA 92186-5524
(619) 515-4244

I acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices of the County of San Diego.

Signature (LIHP Applicant/Beneficiary)

Date

Inability to Obtain Acknowledgement

To be completed only if no signature is obtained. If it is not possible to obtain the client's acknowledgement, describe the good faith efforts made to obtain the client's acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement was not obtained:

County Staff Signature

Date

Name and Title Printed

**COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Fecha de vigencia: 14 de abril de 2003 (Revisión 09/11)

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN.
LE SOLICITAMOS QUE LO LEA ATENTAMENTE.**

Su información médica y de salud es personal y el programa Low Income Health Program (LIHP, por sus siglas en inglés) se han comprometido a protegerla. Su información médica y de salud es muy importante para nuestra capacidad de proveer cuidado de calidad, y para cumplir con ciertas leyes. Este Aviso describe las prácticas de privacidad que nosotros y todos nuestros empleados, así como el resto de nuestro personal, tenemos la obligación de seguir con respecto al manejo de su información médica y de salud.

Estamos legalmente obligados a lo siguiente: Mantener la confidencialidad de su información médica y de salud, también denominada “información de salud protegida” (PHI, por sus siglas en inglés), a proporcionarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica y de salud, y a cumplir con lo establecido en este Aviso.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Derecho de inspeccionar y obtener copias: Con ciertas excepciones, usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener copias de su información médica y de salud archivada en nuestros registros. A fin de inspeccionar y obtener copias de su información médica y de salud, usted debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. Si usted solicita una copia de su información médica y de salud, nosotros podremos cobrarle un cargo para cubrir los costos de copiado, envío u otros insumos procedentes de su solicitud. Si usted no solicita una copia de sus registros, no le cobraremos ningún cargo por inspeccionarlos.

Podemos rechazar su pedido de inspeccionar y obtener copias de partes de su información médica y de salud. Si a usted se le niega el derecho de inspeccionar y obtener copias de su información médica y de salud archivada en nuestros registros, puede apelar tal decisión y pedir que otro profesional licenciado de cuidado de la salud designado por LIHP, que no haya estado involucrado en su tratamiento, reconsidera los motivos del rechazo. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.)

Derecho de solicitar enmiendas: Si usted considera que su información médica y de salud archivada en nuestros registros es inexacta o incompleta, puede solicitar que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de pedir una enmienda mientras la información obre en nuestro poder. Para solicitar una enmienda, debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. Además, debe exponer la razón que motiva la enmienda. Su pedido se incorporará a su registro. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario y una lista de sitios del Condado para este propósito.)

COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Podemos rechazar su pedido si usted nos solicita que enmendemos información que no haya sido preparada por nosotros, o que sea parte de información que a usted no se le haya permitido inspeccionar y copiar, o que sea considerada exacta y completa por su equipo de tratamiento.

Derecho a obtener un detalle de las divulgaciones: Con la excepción de ciertas divulgaciones —por ejemplo, aquéllas vinculadas con tratamientos, pagos y actividades administrativas de cuidado de la salud, así como aquéllas autorizadas por usted—, usted tiene el derecho de solicitar una lista de las divulgaciones que hayamos hecho de su información médica y de salud. Para solicitar esta lista, usted debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.)

Su pedido debe referirse a un período determinado, que no puede ser mayor de seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite en un período de 12 meses sucesivos será sin cargo para usted. Si desea obtener listas adicionales, podremos cobrarle los costos de proporcionarlas. Le notificaremos el costo correspondiente y usted podrá anular o modificar su pedido antes de que incurramos en ningún gasto.

Derecho de solicitar restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar que observemos restricciones adicionales y especiales al utilizar o divulgar su información médica y de salud, pero no estamos obligados a dar curso a su pedido. Si aceptamos satisfacerlo, atenderemos su pedido a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia, tal como lo determine su médico. Para solicitar restricciones, usted debe hacer un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. En su solicitud, deberá especificar qué información desea limitar, el tipo de limitación a aplicar, y a quién desea aplicarla. Un ejemplo de tal limitación podría ser establecer restricciones a divulgaciones destinadas a su cónyuge. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.)

Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted con respecto a citas y otras cuestiones relacionadas con su tratamiento de una manera específica o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que sólo nos comuniquemos con usted en su lugar de trabajo, o mediante correspondencia dirigida a una casilla postal. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o la persona a cargo de su tratamiento. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.) Su pedido debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Procuraremos cumplir con todos los pedidos razonables.

Derecho a obtener una copia impresa de este Aviso: Usted nos puede solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento. Aun si hubiera acordado recibir este Aviso electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa del mismo. Para obtener una copia impresa de este Aviso, solicítela a cualquier miembro del personal. También puede obtener una copia visitando nuestro sitio web, http://www.co.san-diego.ca.us/hhsa/programs/sd/hipaa_administration/hipaa_privacy_practices.html

COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD

A fin de proporcionarle cobertura de seguro, necesitamos contar con información médica y de salud, así como con otra información personal sobre usted. Podemos obtener esa información de muchas fuentes, tales como usted mismo, su empleador o patrocinador del plan de beneficios, otros aseguradores, organizaciones HMO o administradores de terceros, y proveedores de cuidado médico.

Con fines de tratamiento: Podemos divulgar información a médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros proveedores de cuidado médico que cuidan de su salud. Por ejemplo, los médicos pueden solicitarnos información médica para complementar sus propios registros. También podemos usar información personal al enviar cierta información a médicos para garantizar la seguridad del paciente, o por otras razones relacionadas con su tratamiento.

Podemos usar y divulgar su información médica y de salud al comunicarnos con usted con fines de recordarle que tiene una cita para su tratamiento. Usted tiene el derecho de decirnos cómo desea recibir los recordatorios de la cita. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.)

Podemos utilizar y divulgar su información médica y de salud para recomendar posibles opciones o alternativas de tratamiento que podrían interesarle. Adicionalmente, podemos usar y divulgar su información médica y de salud para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés (por ejemplo, elegibilidad para beneficios de Medi-Cal o del Seguro Social). Usted tiene el derecho de rechazar dicha información.

Con fines de efectuar pagos: Podemos utilizar y divulgar información médica y de salud acerca de usted para que los servicios y tratamientos que reciba puedan ser facturados y cobrados a usted, a otras compañías de seguros o a terceros. Por ejemplo, puede ser necesario proporcionar información de su plan de salud acerca de los servicios de psiquiátricos que usted haya recibido por medio de LIHP, para que otro plan de salud nos pague o reembolse los costos del tratamiento. También podemos brindar datos a su plan de salud acerca de un tratamiento que usted recibirá en el futuro, a fin de obtener la aprobación previa o para determinar si dicho plan cubre el tratamiento.

Con fines administrativos, relacionados con el cuidado médico: Podemos utilizar y divulgar información médica y de salud acerca de usted con fines de administración del cuidado médico. Estos usos y divulgaciones son necesarios para las actividades de LIHP y para asegurar que todos nuestros clientes reciban cuidado de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar información médica y de salud para analizar nuestros tratamientos y servicios, así como para evaluar la calidad del tratamiento que los médicos le proporcionen. También podemos combinar información médica y de salud sobre muchos clientes de LIHP para decidir qué servicios adicionales LIHP deberían ofrecer, qué servicios ya no se necesitan y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos o no. Asimismo, podemos divulgar información a médicos, enfermeras, consejeros, estudiantes de medicina y de cuidado de la salud, y otro personal de agencias con fines de revisión y aprendizaje. De modo similar, podemos combinar la información médica y de salud de la que disponemos con la de otras agencias, con el propósito de comparar nuestro funcionamiento y comprender cómo mejorar los servicios y el cuidado que ofrecemos. Podemos eliminar la información que lo identifique a usted en un conjunto de información

COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

médica/de salud a fin de que otros puedan usarla para estudiar el cuidado médico/de salud y su prestación sin saber quiénes son los clientes específicos.

**USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD A LOS CUALES
USTED PUEDE PRESENTAR OBJECIONES**

A menos que usted se oponga, podemos divulgar su información médica y de salud a un familiar o amigo, a sus padres o a cualquier otra persona identificada por usted que participe en el cuidado de su salud o en el pago del mismo. Su objeción debe presentarse por escrito (si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito). No respetaremos su objeción en circunstancias en las que hacerlo expondría a usted o a otra persona a un riesgo, según lo determine su equipo de tratamiento.

En caso de desastre, podemos divulgar su información médica y de salud a una agencia del alivio de desastres, tal como la Cruz Roja, para que su familia pueda ser notificada acerca de su condición, su estado y su ubicación.

A menos que usted se oponga, podemos también incluir parte de su información médica y de salud en una guía de un establecimiento. La información revelada incluirá su nombre, su ubicación en el establecimiento y su condición, descrita en términos generales que no comuniquen información médica específica acerca de usted o de su filiación religiosa. Esta información puede ser revelada a miembros del clero y, con excepción de su filiación religiosa, a otras personas que pregunten por usted por su nombre. Su objeción debe presentarse por escrito y usted puede oponerse a la inclusión de parte o de la totalidad de la información en la guía del establecimiento (si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito).

USOS Y DIVULGACIONES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Con fines de investigación: En ciertas circunstancias, podemos utilizar y divulgar información médica y de salud acerca de usted para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede requerir comparar la salud y la recuperación de todos los clientes que han recibido un medicamento, con las de aquéllos que recibieron otro para tratar una misma condición médica. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa el proyecto de investigación propuesto y su uso de la información médica y de salud, tratando de equilibrar las necesidades de la investigación con las necesidades de privacidad de la información médica y de salud de los clientes. Antes de usar o divulgar información médica y de salud con fines de investigación, el proyecto tiene que haber sido autorizado por este proceso de aprobación; sin embargo, podemos divulgar información médica y de salud acerca de usted a personas que estén preparando la realización de un proyecto de investigación. Por ejemplo, con el objeto de ayudarlos identificar clientes con necesidades médicas y de salud específicas, siempre que la información médica y de salud que analicen no trasponga el ámbito de LIHP.

Casos en que la ley así lo requiera: Usaremos y divulgaremos información médica y de salud cuando así lo exijan las leyes o reglamentaciones federales o estatales.

COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Con el fin de prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad: Podemos utilizar y divulgar su información médica y de salud cuando esto sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona.

Compensación de trabajadores: Podemos divulgar su información médica y de salud a los fines de la compensación de trabajadores o de otros programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Actividades de salud pública: Podemos divulgar su información médica y de salud a los fines de las actividades de salud pública. Estas actividades incluyen generalmente los siguientes conceptos:

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
- reportar nacimientos y muertes;
- informar casos de abuso o negligencia en el cuidado de niños, ancianos y adultos dependientes;
- informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar al público en general casos de productos que han sido retirados del mercado y que podrían estar usando;
- notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o estar en riesgo de contraer o difundir una enfermedad o condición.

Abuso, negligencia o violencia doméstica: Podemos divulgar su información médica y de salud para notificar a las autoridades apropiadas del gobierno si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Sólo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando así sea requerido o autorizado por la ley.

Actividades de supervisión de la salud: Podemos divulgar su información médica y de salud a una agencia federal o estatal de supervisión de la salud a los fines de que lleven a cabo actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de cuidado de la salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas y disputas: Si usted se ve envuelto en un pleito o una disputa, podemos divulgar su información médica y de salud para responder a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información médica y de salud en respuesta a una citación, a un pedido de averiguación o a otro proceso legal iniciados por otra persona implicada en una disputa.

A

Aplicación de la ley: Podemos divulgar su información médica y de salud si la misma es solicitada por oficiales de aplicación de la ley en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- como respuesta a una orden judicial, apercibimiento, caución, citación o proceso similar;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida;
- brindar información acerca de la víctima de un delito si, en ciertas circunstancias limitadas, no es posible obtener el consenso de la persona;
- brindar información acerca de una muerte que creemos puede ser resultado de una conducta criminal;
- brindar información acerca de una conducta delictiva en cualquiera de nuestros establecimientos; o

**COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

- en casos de emergencia, para reportar un delito, la escena de un crimen, la(s) víctima(s) o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Funciones gubernamentales especializadas: Podemos divulgar su información médica y de salud a oficiales federales autorizados para realizar actividades de inteligencia y otras tareas relativas a la seguridad nacional autorizadas por la ley. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica y de salud a oficiales federales para que puedan proporcionar protección al Presidente de los Estados Unidos o jefes de estado extranjeros, o para conducir investigaciones especiales autorizadas por la ley.

Podemos divulgar su información médica y de salud a oficiales del Departamento del Estado que tomen decisiones con respecto a su aptitud para obtener autorizaciones de seguridad o prestar servicio fuera del país.

Podemos divulgar su información médica y de salud a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de su muerte. Asimismo, podemos difundir información médica y de salud acerca de clientes de LIHP a directores de funerarias, según sea necesario para que desempeñen sus funciones.

Si usted es un presidiario en una institución correccional, también puede perder los derechos descriptos en este Aviso. Además, si usted es presidiario o está bajo la custodia lícita de un oficial de aplicación de la ley, podemos divulgar su información médica y de salud a tales oficiales.

OTROS USOS DE SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DEL CUIDADO DE LA SALUD

Otros usos y divulgaciones de su información médica y de salud no cubiertos en este Aviso o por las leyes vigentes, serán llevados a cabo sólo con su autorización escrita. Si usted nos autoriza a utilizar o divulgar su información médica y de salud, puede revocar por escrito su autorización en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, ya no utilizaremos o revelaremos su información médica de salud de acuerdo con los motivos expuestos en dicha autorización, con la excepción de que no podremos anular las divulgaciones efectuadas cuando la autorización tenía vigencia. Además, estamos obligados a conservar nuestros registros de los cuidados que le hayamos proporcionado.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de modificar o cambiar los términos de este Aviso, y de aplicar tales cambios a nuestras políticas y procedimientos con respecto a su información médica y de salud. Usted tiene el derecho de ser notificado sobre cualquier cambio a este Aviso y de recibir una copia escrita de esos cambios. Para obtener una copia de este Aviso una vez que haya sido cambiado, solicítela a su proveedor de tratamiento o a cualquier miembro del personal, o visite el sitio web del Condado de San Diego, http://www.co.san-diego.ca.us/hhsa/programs/sd/hipaa_administration/hipaa_privacy_practices.html

**COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

QUEJAS

Usted tiene el derecho de presentar una queja si considera que el personal de LIHP no ha cumplido con las prácticas descriptas en este Aviso. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. No se le penalizará de ninguna manera por el hecho de presentar una queja.

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja a LIHP, o al gobierno federal. Para presentar una queja a LIHP, comuníquese con nuestro oficial de privacidad:

Privacy Officer
County of San Diego, Compliance Office
P.O. Box 85524 (Mail Stop: P501)
San Diego, CA 92186-5524
(619) 515-4244

Si desea presentar una queja ante el gobierno federal, comuníquese con el siguiente departamento:

U.S. Department of Health and Human Services
Region IX, Office for Civil Rights
50 United Nations Plaza – Room 322
San Francisco, CA 94102
Teléfono: (415) 437-8310
Fax: (415) 437-8329
TDD: (415) 437-8311
Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov

Si desea obtener información específica para presentar una queja a la Oficina Federal de Derechos Civiles, notifique al oficial de privacidad mencionado anteriormente.

Si tiene alguna pregunta acerca de este Aviso, comuníquese con nuestro oficial de privacidad:

Privacy Officer
County of San Diego, Compliance Office
P.O. Box 85524 (Mail Stop: P501)
San Diego, California 92186-5524
(619) 515-4244

**COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

RECONOCIMIENTO DE RECIBO

Firmando esta forma, usted reconoce que recibe el Aviso Sobre Prácticas de Privacidad del Condado de San Diego. Nuestro Aviso Sobre Prácticas de Privacidad proporciona información de como nosotros podemos usar y revelar su información médica/de salud protegida. Le recomendamos leerla totalmente.

Nuestro Aviso Sobre Prácticas de Privacidad es sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia del aviso revisado visitando el sitio web del Condado, http://www.co.san-diego.ca.us/hhsa/programs/sd/hipaa_administration/hipaa_privacy_practices.html o poniéndose en contacto con cualquier personal participando con su tratamiento.

Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestro Aviso Sobre Prácticas de Privacidad, por favor póngase en contacto con el oficial de privacidad:

Privacy Officer
County of San Diego Compliance Office
P.O. Box 85524 (Mail Stop: P501)
San Diego, CA 92186-5524
(619) 515-4244

Reconozco el recibo del Aviso Sobre Prácticas de Privacidad del Condado de San Diego.

Firma (Solicitante/Beneficiario de LIHP)

Fecha

Inability to Obtain Acknowledgement

To be completed only if no signature is obtained. If it is not possible to obtain the client's acknowledgement, describe the good faith efforts made to obtain the client's acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement was not obtained:

County Staff Signature

Date

Name and Title Printed